附 5

# 信用修复申请表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 失信主体基本情 况 | 名 称 |  |
| 统一社会信用代 码 |  |
| 联系方式 |  |
| 申请修复的失信信息内容 | 失信信息内容描 述 | xxxx 年 xx 月 xx 日，因\*\*\*\*行为被处以\*\*\*罚款或者解除协议等（可提供页面打印件或复印件） |
| 申请信用修复的理由 | 符合《浙江省医疗保障信用管理办法》规定 | 第三十二条规定：符合□ 不符合□ |
| 本单位（本人）声明，提交的材料真实有效。法定代表人 签字： （盖章）  申请日期： | | |